

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

480

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Lipa PRAWIDLO

Né le 19 février 1910, à Rozyszcze (Pologne)

**Contribution à l'étude
de l'immunité des psoriasiques
contre certaines affections**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Lipa PRAWIDLO

Né le 19 février 1910, à Rozyszcze (Pologne)

Contribution à l'étude de l'immunité des psoriasiques contre certaines affections

Président : M. GOUGEROT, Professeur

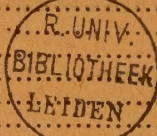
PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie Médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
M ^{re} J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Parasitologie.
NEVEU-LEMAIRE	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RABOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V_{II} — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MA FILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant pour le grand honneur
qu'il nous a fait en voulant bien ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR LÉVY-FRANCKEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Médecin Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré cette thèse et nous
a aidé de ses précieux conseils. Hom-
mage et profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR TZANCK

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Nous sommes heureux de le remercier ici
pour le bienveillant accueil qu'il nous
a réservé et pour l'observation inédite
qu'il a bien voulu nous fournir.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Le psoriasis est actuellement bien connu au point de vue clinique. Par contre l'étiologie et la pathogénie de cette dermatose restent encore très obscures. Un aspect très intéressant de ces dernières tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique est la question des rapports entre le psoriasis et diverses autres maladies. Ce problème a soulevé dernièrement un certain nombre de discussions. Notre thèse a pour but de faire le point sur cette question. Nous diviserons notre travail en quatre chapitres :

1. Psoriasis et gale.
2. Psoriasis et syphilis.
3. Psoriasis et certaines affections cutanées.
4. Psoriasis et certaines maladies infectieuses.

GALE ET PSORIASIS

Le Professeur Samberger de Prague, pour qui un psoriasique est un sujet atteint de ce qu'il appelle « Diathèse parakératosique » n'a jamais constaté l'existence de la gale chez un individu porteur du psoriasis. Il attribue cette incompatibilité au fait que la peau du psoriasique réagit toujours par la parakératose aux divers agents infectieux ou irritants. Nous nous permettons de donner ici un aperçu des conceptions de Samberger qui méritent d'être retenues. Pour cet auteur, la vitalité des cellules épidermiques est diminuée chez les psoriasiques ; il en résulte une insuffisance de la kératinisation qui est surtout appréciable lorsque la peau est placée dans des conditions anormales et principalement au cours de l'inflammation. La peau normale ne commence à desquamer qu'au moment où l'inflammation a atteint son maximum d'intensité ; la peau psoriasique réagit par la formation de squames aux plus petites inflammations et des abcès miliaires microscopiques visibles dans la couche cornée s'accompagnent d'une exfoliation lamelleuse. Tous les agents irritants, à quelque classe qu'ils appartiennent provoquent l'apparition des squames. Certains germes microbiens comme le staphyloco-

que pyogène jouent un rôle considérable et le psoriasis pourrait parfois ne pas être autre chose qu'un impetigo staphylococcique d'un type spécial développé sur un tégument dont les cellules épidermiques auraient une vitalité diminuée. Cette conception de Samberger présente un très grand intérêt, mais elle ne résout guère qu'une partie du problème. Si la peau du psoriasique est anormalement constituée, il faut chercher les causes générales de cette anomalie. Il est vraisemblable qu'elles sont attribuables à un dysfonctionnement endocrinien, seul responsable de la diminution de vitalité des cellules épidermiques.

L'observation de Laurent communiquée à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, le 11 janvier 1923, semble confirmer l'opinion de Samberger sur l'incompatibilité du psoriasis avec la gale. Il s'agit de cinq mineurs qui vivent en commun. Ils n'ont que trois lits pour cinq. Ils changent tour à tour de compagnon de lit. L'un d'entre eux a contracté la gale, logiquement tous les autres ont dû la contracter. En fait quatre d'entre eux sont couverts de lésions acariennes, de sillons et aussi de pyodermite secondaire, mais le cinquième n'a aucune lésion de gale, aucune lésion d'infection cutanée. Ce cinquième sujet est à ce moment porteur de lésions psoriasiques typiques, elles existent depuis huit ans.

M. Lévy-Franckel ne partage pas la manière

de voir de Samberger, car il a observé un fait de contagion nette chez un psoriasique. Il s'agit d'un étudiant en médecine de Blois, qui est venu à la consultation de Saint-Louis pour une gale typique contractée au cours d'une épidémie de scabiose qui a affecté l'hôpital de Blois. Il avait contaminé sa conjointe et sa gale a d'ailleurs complètement guéri à la pommade de Millian. Ce jeune homme était psoriasique depuis de longues années et présentait des placards typiques du psoriasis très étendue. M. Noël en cite aussi un cas de coexistence de la gale et du psoriasis.

Les observations de Dellings, Ballina, Alvarado et Bassomiro, ainsi que celle de Perl ne laissent aucun doute sur la possibilité des associations du psoriasis avec la gale.

PSORIASIS ET SYPHILIS

A la séance du 8 décembre 1938 de la Société Française de Dermatologie et syphiligraphie, M. Bory a soulevé la question, l'immunité du psoriasique contre la syphilis. Selon Bory le terrain psoriasique serait défavorable à l'établissement du trépônème. Il a appuyé sa manière de voir par les constatations suivantes. Depuis une quarantaine d'années il a eu l'occasion de voir un assez grand nombre de psoriasiques. Or il n'a jamais pour ainsi dire constaté chez eux d'accidents primitifs certains ni par conséquent d'accidents secondaires. Deux fois seulement, des accidents primitifs possibles sont signalés sur ses fiches. La première observation concerne un soldat R... J..., vu en 1916, dans des conditions permettant de compter uniquement sur l'examen clinique pour fixer le diagnostic. L'homme aurait commencé à être atteint de psoriasis à 20 ans, en 1914 ; en juin 1916, il aurait eu un chancre du fourreau : on observait en effet, en septembre 1916 en cette région, une cicatrice, siège d'une induration, et dans les régions inguinales, une adénopathie volumineuse bilatérale. Le deuxième cas en effet, observé plus récemment, est suivant Bory un argument à l'existence chez les psoriasiques d'un terrain réfractaire au développement de la syphilis.

Le 11 février 1932, M. H..., 44 ans, se présentait à Bory en lui montrant un chancre syphilitique du prépuce, accompagné de l'adénopathie satellite unique. Le début remontait à une quinzaine de jours. Un examen de Fontana, nettement positif, confirmait le diagnostic, déjà cliniquement certain. Or, ce malade était marié, n'avait pris aucune précaution pour éviter une contagion féminine, que tout pouvait faire prévoir. Mme X..., fut examinée le 4 mars, soit un mois environ après la période durant laquelle elle avait pu être contaminée. A ce moment un examen gynécologique complet ne révéla aucune lésion apparente. Le 11 mars, on constatait dans la région sous-clitoridienne et empiétant un peu sur le méat, une érosion, sans caractère, molle, irrégulière. Plusieurs examens de Fontana furent faits, ce jour et les jours suivants sans que puisse être décelé le moindre tréponème. Nulle hypertrophie ganglionnaire n'était perceptible.

Le 14 mars, réaction de Bordet-Wasserman négative.

Le 21 mars, l'érosion avait disparu ; nouvelle réaction négative ce même jour.

Le 11 mars, nouvelle réaction négative, même résultat le 13 juin et 5 mois après, en novembre 1932, soit 8 mois après l'apparition de l'érosion suspecte. Dans cet intervalle, on n'a pas pu, chez cette femme bien suivie, constater aucun signe d'une syphilis, cutanée ou muqueuse. Or, elle était atteinte

d'un psoriasis ancien et discret, actuellement limité à quelques éléments dans les cheveux, sur les coudes, les genoux ; quelques rares éléments se trouvaient disséminés de-ci de-là sur les membres et la région lombaire. On a revu plusieurs fois cette malade depuis et on n'a constaté que la persistance discrète de son psoriasis, sans aucune manifestation de syphilis. Lévy-Franckel n'est pas du même avis que Bory, parce que lui a la notion certaine de la coexistence du psoriasis et de la syphilis. Il s'agit pour Lévy-Franckel seulement de déterminer la fréquence de cette coexistence. Il rapporte une série des observations concernant les militaires traités de 1915 à 1918 tant au centre Dermatologique de la VI^e Armée (Amiens) qu'à celui de la V^e Région (Orléans). Il a observé 60 sujets atteints de psoriasis ; sur ces 60, 51 paraissent, du point de vue clinique et sérologique, indemnes de syphilis acquise ; chez 5 d'entre eux la syphilis était antérieure au psoriasis ; enfin 4 avaient contracté la syphilis alors qu'ils étaient déjà psoriasiques ; ce qui constitue une proportion relativement forte de 6,66 %.

OBSERVATION I

19-7-1918. — D... (Eugène) 30^e artill. d. 1910. Psoriasis gyrata depuis 1910; à disposition symétrique sur le trajet du radial et sur le thorax : disposition zostériforme. Chancre et bubon en 1915. En

1916 apparition sur les placards psoriasiques de lésions de type syphilitique: B.W. + + + en 1916 à Saint-Louis.

OBSERVATION II

2-6-15. — J..., 5^e Génie. Psoriasis datant de 5 ans, placards aux coudes, à l'abdomen, aux genoux, chancre induré du sillon balano-préputial, depuis 15 jours, Fontana ultra +.

OBSERVATION III

4-9-15. — B..., (Georges), 5^e Génie. Psoriasis depuis l'enfance, aux coudes et genoux. Syphilis depuis 1913, traité par Vernes, 12 injections de 606, 2 ou 3 mois après les injections, violente poussée de psoriasis à la poitrine.

OBSERVATION IV

21-4-1916. — V..., Noël, 4^e J. C. Psoriasis gy-rata depuis février 1915 généralisé, avec localisations caractéristiques aux coudes et aux genoux. Chancre induré en avril 1915.

OBSERVATION V

6-9-15. — N..., (Georges), 14 Train. Syphilis à l'âge de 17 ans (syphilis primitive) psoriasis gy-rata depuis janvier 1914.

OBSERVATION VI

4-3-16. — D... (Adrien). 308° R. L. Syphilis en 1908 puis psoriasis des coudes.

OBSERVATION VII

14-3-16. — Ch... (Jules), 1^{er} Génie, chancre en 1908, actuellement psoriasis depuis janvier 1916.

OBSERVATION VIII

18-3-17. — B... (Stéphane), 168° R. I. En 1915 chancre induré, soigné à Blois par Philibert en 1914 actuellement, psoriasis, éléments typiques aux coudes et sur les cuisses. B. W. = négatif.

OBSERVATION IX

14-4-17. — G... (Giest), militaire. Wasserman positif en mai 1916, puis psoriasis vrai des coudes, de la face dorsale, des mains, des genoux et du cuir chevelu. Première poussée à 23 ans, a eu des plaques buccales il y a un an, pas de chancre connu, B.W. +.

Dans une autre série de cas, celle des malades de ville observés en 1932-1937, sur 55 psoriasiques, 2 étaient syphilitiques avant d'être psoriasiques ;

1 seulement, psoriasique depuis 1927, avait contracté en 1936 un chancre de l'amygdale avec ultra et Bordel-Wasserman positifs ; la proportion tomberait donc, dans cette deuxième série à 1,8 %, mais il est juste de dire que sur ces 55 malades il y avait 26 femmes âgées, ou d'enfants beaucoup moins exposés à la contagion vénérienne que les mobilisés de 1915-1918. L'existence de 7 observations de psoriasiques atteints de syphilis primaire ne permet pas à M. Lévy-Franckel de soutenir l'existence d'une immunité des psoriasiques vis-à-vis du tréponème.

M. Jaussion a aussi vu deux jeunes psoriasiques contracter un chancre spécifique, dont il a fait la preuve. Voilà d'ailleurs une autre observation du Dr Tzank qui appuie la façon de voir de Lévy-Franckel.

OBSERVATION (INÉDITE)

due à l'obligeance du Docteur Tzank

Le malade âgé de 47 ans employé de magasin est venu consulter à la Polyclinique de Saint-Louis, vers le 15 novembr 1938, pour l'écoulement d'une sérosité par l'urètre. A l'examen, on constate une légère induration du gland, l'existence d'une adénopathie inguinale bilatérale à prédominance gauche formée d'une pléiade des ganglions durs, roulants sous les doigts, indolores, dont un était manifestement plus grand que les autres. En outre, le malade était porteur de placards typiques de pso-

riasis sur les coudes et les genoux. Par l'interrogatoire on apprend que son psoriasis date depuis 9 ans. On pense à un chancre syphilitique de l'urètre, et on pratique un examen à l'ultramicroscope de l'écoulement urétral et du suc ganglionnaire, qui sont négatifs, ainsi qu'un Wasserman fait sitot après. Le 3 décembre le malade entre dans le service du Dr Tzank, à l'hôpital Saint-Louis. Il présente à ce moment là un gland tuméfié et induré, un nouvel examen ultramicroscopique de la sérosité urétrale se montre négatif, ainsi que le Wasserman. Néanmoins le diagnostic du chancre du méat urétral semble probable. Dans le courant de décembre apparaît une éruption érythémateuse présentant les caractères d'une roséole ; quelques jours plus tard des papules sur le corps à caractères nettement syphilitiques. Le Wasserman reste pourtant négatif. On hésite alors entre syphilis et poussée de psoriasis. On pratique une biopsie d'une papule qui démontre les caractères syphilitiques de cette lésion.

D'ailleurs un Wasserman fait le 4 janvier 1939 devient positif ++, un nouveau Wasserman fait le 7-1-1939 est fortement positif + + + +. Nous assistons ici à un fait tout à fait particulier et inhabituel. La réaction de Wasserman ne devenant positive qu'après l'éclosion des accidents secondaires. Le malade est soumis à un traitement antisypilitique. Novar 0,75, $\times 3$ — 4 jours d'arrêt, Novar 0,75 $\times 3$, qui semble d'ailleurs avoir une légère action sur le psoriasis dont notre malade est porteur.

PSORIASIS ET CERTAINES AFFECTIONS CUTANÉES (1)

a) *Pyodermites*

Samberger, toujours en raison de la « Diathèse parakératosique » n'admet pas la coexistence des pyodermites chez les psoriasiques. Si un impetigo par exemple, se développe chez un tel sujet, c'est que la période de diathèse est en moindre intensité. Woronoff appuie l'hypothèse de Samberger en ce sens, qu'il rapporte 7 cas de guérison du psoriasis à la suite d'une furonculose. Tout le monde n'est pas du même avis. Wartermann, après des observations prolongées et méthodiques ne peut pas confirmer les opinions de Samberger et de Woronoff, Helmut, Porl, Huet, Kedroff et d'autres auteurs rapportent des cas tout à fait caractéristiques, qui ne laissent aucun doute sur la coexistence du psoriasis avec les pyodermites.

(1) En ce qui concerne la rédaction de ce chapitre, nous avons fait de larges emprunts à la thèse inspirée par notre Maître Lévy Francel, et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris en 1936 par Sz. B. Alpert.

b) *Pelade, alopecies*

Sabauroud considère que l'association, pelade-psoriasis n'est pas rare. Ses statistiques relèvent un peladique sur 40 psoriasiques ; les lésions psoriasiques sont habituellement de peu d'importance chez les peladiques. Lévy-Franckel, Juster, Contenot ont trouvé sur 162 psoriasiques, 5 alopécies, et d'autres troubles du système pileux. Stumpke, Fox, Purk-Hauer, Vorwinkel ont aussi communiqué des observations des pelades chez les psoriasiques.

c) *Vitiligo*

L'association du psoriasis avec le vitiligo n'est pas fréquente. Hallopeau a signalé deux cas où le psoriasis a laissé des achromies persistantes. Plus récemment, Blum et Braiez ont émis l'idée d'après laquelle le vitiligo serait une cicatrice d'une lésion érythémateuse antérieure. Le cas de Beron confirmerait cette opinion. Il s'agit d'un garçon de 10 ans porteur d'un goitre et de psoriasis, chez qui après un traitement héliothérapique, apparurent des placards vitiligineux succédant aux éléments psoriasiques guéris. En tout cas, quelque soit l'idée sur la nature de vitiligo, on voit que les psoriasiques peuvent en être porteurs, bien que cette coexistence soit assez rare.

d) *Noevi*

Les noevi peuvent coexister avec le psoriasis. 9 observations, une de Nicolleti, la deuxième de Bettman, la troisième de Menzen et 6 de Lévy-Franckel le prouvent.

e) *Lichen ruber plan*

Cette dermatose dont l'étiologie est inconnue ne se voit pas souvent chez les psoriasiques. Gottreil est l'un des premiers à signaler un cas ayant trait à un vieux psoriasique ; chez qui apparurent des éléments de lichen plan sur le dos des mains, bras et membres inférieurs. La Menza rapporte une observation de lichen plan se déclarant chez un psoriasique à la face et au cou. Le diagnostic difficile à faire a été vérifié par la biopsie. La malade de Ristentberg, vieille psoriasique, présente un lichen plan, qui semble mettre en second plan les lésions psoriasiques. Viennent ensuite Villiams Milbradt, avec des observations de coexistence de lichen plan et psoriasis.

f) *Mycoses*

— On a souvent soutenu l'idée que le psoriasis était de nature parasitaire, mais on n'a jamais pu en apporter la preuve. Entre autres, Sultman dans son

travail « Ueber die mycotische Natur des Psoriasis » soutient que cette dermatose erythémato-squameuse aurait des origines mycosiques. Jaussion et ses élèves reprennent l'étude du psoriasis au point de vue mycosique et affirment que cette étiologie trouve confirmation dans l'expérimentation.

En faisant des intradermo-réactions à ses psoriasiques avec des micotoxines, Jaussion constate sur 138 malades, 81 % de réactions positives. Employant des toxines spécifiques, il arrive même à déterminer l'agent mycosique en cause et c'est ainsi que : 58 % réagissent à l'épidermophyton, 18 % réagissent au microsporidon, 5 % réagissent au trichophyton. Quant à la coexistence du psoriasis et des mycoses — et ce point nous intéresse particulièrement — elle ne semble pas fréquente. Jaussion et Guilluad-Vallé notent sur 54 psoriasiques, 37 porteurs de mycoses diverses. Dalling rapporte l'observation d'un psoriasique atteint de gale et porteur d'une trichophytie superficielle. Fox a vu un malade psoriasique faire un mycosis fongoïde, Benedek trouve dans le sang d'un psoriasique, le *saccharomyces hominis*. La littérature dermatologique n'enregistre plus de faits de coexistence de mycose avec psoriasis.

En ce qui concerne la coexistence du psoriasis avec les teignes, les statistiques du Service Laillier de l'Hôpital Saint-Louis sont formelles. L'examen général des nombreux enfants teigneux n'a jamais

révélé la présence du psoriasis chez eux. Devant ces faits, et la rareté des observations de la coexistence mycose-psoriasis, il est difficile de conclure à ce sujet, bien que de sérieux objections sont déjà accumulées. Quant aux résultats encourageants que Jaussion obtiendrait avec les « clasines » spécifiques, rien ne prouve que les effets favorables ne sont pas dus à la vaccine ou colloïdothérapie non spécifique. Chez un certain nombre de malades psoriasiques, traités par M. Lévy-Franckel, par des injections intradermiques et sous cutanées de sérum anti-diphthérique on a vu blanchir et disparaître leurs lésions. Ceci n'autorise pas à dire que le psoriasis relève du bacille de Löffler ou de ses toxines.

g) *Pityriasis rubra pilaire*

Le pityriasis rubra coexiste rarement avec le psoriasis. Malcom Morris communique un cas de pityriasis se déclarant après le psoriasis et suivi d'accidents ostéo-articulaires.

h) *Lupus érythémateux*

Cette association n'est pas fréquente. Menzen note 2 lupus sur 1.000 psoriasiques. Audry, Marcarot, O'leary et Goeckerman, signalent chacun un cas, Louste, Lévy-Franckel ont présenté une femme de 43 ans, atteinte de lupus érythémateux à la région occipitale droite avec des lésions psoriasiques.

Avec les 3 observations de Schauman on voit que 9 observations seulement ont été communiquées pour cette coexistence, ce qui prouve sa rareté.

i) *Tuberculides*

Aussi rares que le lupus érythémateux chez les psoriasiques. Lévy-Franckel en a observé deux cas. L'un concernant une femme de 28 ans chez qui apparurent des ulcérations tuberculeuses cratéiformes et psoriasis caractéristiques aux faces d'extension des membres. L'autre cas est relatif à une jeune fille de 17 ans avec un érythème noueux et psoriasis des coudes. Jacob dans sa thèse sur les rapports de tuberculose et psoriasis rapporte deux cas : le premier d'une tuberculose verrugueuse papulo-nécrotique. Audry a observé un psoriasique porteur, d'une tuberculose verrugueuse du pied ; une tuberculose pulmonaire s'est déclarée et évolua rapidement vers l'exitus.

PSORIASIS ET CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES

En ce qui concerne le rapport du psoriasis avec les maladies infectieuses, il semble d'après l'enquête effectuée par nous dans les Hôpitaux de Paris, que la coexistence du psoriasis avec ces maladies est parfaitement possible, et que le psoriasis ne semble apporter aucun changement à leurs allures cliniques. Nous nous permettons de citer une observation à l'appui de cette façon de voir, que nous avons trouvée dans le Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie du 8 novembre 1931.

OBSERVATION

Le soldat S..., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital militaire Gaugot, à Strasbourg, le 9 mai 1931, pour un psoriasis généralisé. C'est la deuxième poussée de psoriasis qu'il présente ; la première était apparue à l'âge de 16 ans, elle n'a pas été traitée et s'est éteinte spontanément, mais lentement. Le père du malade et une sœur ont été également atteints de psoriasis ; les six autres frères sont bien portants.

L'éruption actuelle date du début d'avril 1931. Elle est typique ; elle est formée d'éléments circinés de toutes tailles, dont les plus grandes ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 2 francs. L'épreuve de grattage méthodique est tout à fait caractéristique. L'éruption est étendue sur tout le tégument, notamment, aux coudes et aux genoux. Le cuir chevelu n'est pas épargné et présente de nombreux éléments qui débordent largement sur le front. Le malade est soumis au traitement externe classique (décapage à la vaseline salicylée et pommade chryso-cadique) sans grande amélioration ; de nouveaux éléments squameux apparaissent au cours même du traitement. Lorsque le 26 mai il présente une éruption rubéolique discrète du type morbiliforme qui s'accompagne d'une hyperthermie, $37^{\circ}7$, 38° .

Il n'y a pas d'adénopathies nettes. Bien que la nature de cette éruption soit difficile à préciser en raison du psoriasis étendu que présente le malade, li s'agit vraisemblablement d'une rubéole ; il existe d'ailleurs à ce moment à l'hôpital une épidémie de rubéole. Le malade passe au service des contagieux. Le 10 juin, complètement guéri, il rentre au service de dermatologie pour reprendre le traitement du psoriasis qui n'a plus été traité depuis le 26 mai, et en voie d'extension, mais le douze juin, notre malade présente une éruption morbilieuse typique cette fois. Il s'agit d'une rougeole particulièrement nette, avec coryza, conjonctivite, pha-

ryngite. taches de Koplik. L'éruption rouge vif est intense et généralisée, la température oscille entre 39° et 40° pendant trois jours, puis la défervescence s'établit, toutefois pendant une dizaine de jours la température est encore à 38°. L'éruption du psoriasis commence à s'atténuer spontanément de la fin de la pyrexie. Voilà donc un malade présentant un psoriasis généralisé, qui a contracté successivement une rubéole et puis une rougeole.

CONCLUSIONS

1) Nous concluons à la coexistence certaine de la gale et du psoriasis.

2) Nous pouvons affirmer que le psoriasis ne rend pas réfractaire l'organisme humain vis-à-vis de la syphilis.

3) Bien que la coexistence des autres affections cutanées avec le psoriasis n'est pas fréquente, elle est néanmoins indubitable.

4) En ce qui concerne le rapport entre le psoriasis et certaines maladies infectieuses, il semble que les malades atteints du psoriasis se comportent vis-à-vis de ces dernières affections comme des sujets normaux.

5) Aucune conception étiologique, ou pathogénique certaine ne peut être élaborée pour le moment de l'ensemble des coexistences morbides chez les psoriasiques.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

RISTENBERG. — Psoriasis and lichen planus. (New-York academ.med.dermat. Section 8 mai 1922).

SCHAUMON. — Psoriasis et lupus associés (Bul. Soc. dermat. avril 1928).

BORY. — Le psoriasis immunise-t-il contre la syphilis ? (Soc. de Dermat. et de Syphiligraphie, 8 décembre 1938).

BIBLIOGRAPHIE

- ALPERT (Sz. B.). — Coexistence du Psoriasis avec des affections cutanées. Thèse, Paris, 1936.
- ANDRY. — Psoriasis et tuberculose (Ann. de dermat. 1913, p. 99).
- DELLING. — Mann mit sizbies. Psoriasis und trichophytia superficialis. Demonstrationen der chemnitzer Hautarzte (Janvier 1926).
- HALLOPEAU, TEISSIÈRE. — Gale et psoriasis (Bul. soc. dermat. 2 juin 1904).
- HUET, KEDROFF. — Furoncles et psoriasis (Bul. soc. dermat. avril 1930).
- JACOB. — Thèse de Paris, 1921.
- JAUSSION, GUILLAUD, VALLÉ. — L'allergie mycosique dans le psoriasis (Soc. méd. des Hôpit., 1932).
- JAUSSION, PECKER. — Le lichen plan (Journal de médecine et chirurgie pratique, février 1932).
- KINGSBURY. — Psoriasis vitiligo and syphilis (New-York, Dermat. soc. Janvier 1912).
- NEUMAN. — Psoriasis und vitiligo (Arch. für dermat. t. 4, p. 291).
- PERRIN, VRETAKSIS. — Impétigo et psoriasis (Bul. Soc. dermat. février 1910).

RISTENBERG. — Psoriasis and lichen planus. (New-York academ.med.dermat. Section 8 mai 1922).

SCHAUMON. — Psoriasis et lupus associés (Bul. Soc. dermat. avril 1928).

BORY. — Le psoriasis immunise-t-il contre la syphilis ? (Soc. de Dermat. et de Syphiligraphie, 8 décembre 1938).

